UNIVERSITE DE MONTPELLIER

FACULTE DE MEDECINE N° 115

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE CLINIQUE

DES

COTES CERVICALES SUPPLÉMENTAIRES

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 27 Juillet 1922

PAR

Henri MONZAT

Né à Tulle (Corrèze), le 30 juin 1899

INTERNE DES HOPITAUX DE TOULON

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examinateurs de la Thèse

FORGUE, professeur, *Président.*
ESTOR, professeur.
ETIENNE, agrégé. *Assesseurs*

MONTPELLIER
IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE
3 Rue Ferdinand Fabre 3

1922

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE CLINIQUE

DES

COTES CERVICALES SUPPLÉMENTAIRES

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MEDECINE N° 115

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE CLINIQUE

DES

COTES CERVICALES SUPPLÉMENTAIRES

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 27 Juillet 1922

PAR

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

Henri MONZAT

Né à Tulle (Corrèze), le 30 juin 1899

INTERNE DES HOPITAUX DE TOULON

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examinateurs de la Thèse — FORGUE, professeur, *Président.* ESTOR, professeur. ETIENNE, agrégé. — *Assesseurs.*

MONTPELLIER
IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE
3, Rue Ferdinand-Fabre, 3

1922

PERSONNEL DE LA FACULTE

Professeurs

Anatomie	MM. GILIS.
Histologie	VIALLETON.
	GRYNFELTT
Physiologie	HEDON.
Physique médicale	N...
Chimie biologique et médicale	DERRIEN, *doyen.*
Botanique et histoire naturelle médicales	GRANEL.
Anatomie pathologique	MASSABUAU.
Microbiologie	LISBONNE.
Pathologie et thérapeutique générales	BOSC.
Pathologie interne	N...
Thérapeutique et matière médicale	VIRES.
Hygiène	BERTIN-SANS (H.)
Médecine légale et toxicologie	N...
Clinique médicale	DUCAMP.
	VEDEL.
	TEDENAT.
Clinique chirurgicale	FORGUE, *assesseur*
Clinique obstétricale	VALLOIS.
Clinique des maladies mentales et nerveuses	MAIRET.
Clinique ophtalmologique	TRUC.
Clinique des maladies des enfants	N...
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	ESTOR.
Clinique gynécologique	DE ROUVILLE.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURET.
Clinique des maladies des voies urinaires	JEANBRAU.

Honorariat

Doyens honoraires: MM. VIALLETON et MAIRET.

Professeurs honoraires,: MM. E. BERTIN-SANS, RODET et BAUMEL

Secrétaires honoraires: MM. GOT et IZARD

Chargés de Cours complémentaires

Anatomie	GRYNFELTT.
Clinique propédeutique de chirurgie	MM. RICHE.
Clinique propédeutique de médecine	RIMBAUD.
Clinique des maladies des vieillards	EUZIERE.
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées.	MARGAROT
Médecine opératoire	SOUBEYRAN.
Pathologie chirurgicale	ETIENNE.
Accouchements	DELMAS (P.).
Pharmacologie	GALAVIELLE.
Matière médicale	CABANNES.
Clinique des maladies des enfants	LEENHARDT.
Stomatologie	Dr WATON.
Histologie	Dr. GRANEL F.

Agrégés en exercice

Médecine	MM. LEENHARDT.	Chirurgie	MM. RICHE.
	GAUSSEL.		ETIENNE.
	EUZIERE.		LAPEYRE.
	RIMBAUD.	Accouchements	DELMAS (P.)
	MARGAROT.	Histoire natur.	GALAVIELLE
Anatomie	DELMAS (J.)		CABANNES.
Chimie	MESTREZAT	Physique	PECH

Examinateurs de la thèse:

MM. FORGUE, professeur, *président.* | MM. ETIENNE, agrégé.
ESTOR, professeur. |

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur et qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON FRÈRE PAUL

DÉCORÉ DE LA MÉDAILLE MILITAIRE ET DE LA CROIX DE GUERRE

DOCTEUR EN DROIT — AVOCAT A TULLE

CAPORAL AU 100e RÉGIMENT D'INFANTERIE

MORT AU CHAMP D'HONNEUR

A LA MÉMOIRE DE MON FRÈRE CHARLES

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

DÉCORÉ DE LA CROIX DE GUERRE

AGRÉGÉ DE MATHÉMATIQUES, ÉLÈVE DE L'ÉCOLE NORMALE SUPÉRIEURE

LIEUTENANT AU 92e RÉGIMENT D'INFANTERIE

MORT AU CHAMP D'HONNEUR

En mémoire de leur courte vie de travail et de sacrifice héroïque.

En souvenir de nos heureuses années de jeunesse passées ensemble.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE BIEN AIMÉS

En témoignage de remerciements et de profonde affection.

A MON FRÈRE ROGER

DOCTEUR EN MÉDECINE

Frère aîné, tes conseils m'ont toujours beaucoup aidé.

A MES CAMARADES D'INTERNAT

A MES AMIS

H. MONZAT.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR FORGUE

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE A LA FACULTÉ DE MONTPELLIER

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

Hommage respectueux et reconnaissant.

A MON JURY DE THÈSE

H. MONZAT.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE CLINIQUE

DES

COTES CERVICALES SUPPLÉMENTAIRES

INTRODUCTION

Nous plaçant à un point de vue purement clinique, et, laissant de côté l'embryologie de la côte cervicale supplémentaire, nous n'envisagerons pas les causes tenant aux perturbations ectodermiques invoquées pour leur production.

Testut, dans son Traité d'anatomie humaine, nous enseigne que la septième vertèbre cervicale possède, à la base et à la partie antérieure des apophyses transverses, un point supplémentaire d'ossification ; il apparaît au sixième mois de la vie intra-utérine et constitue normalement le tubercule antérieur des apophyses transverses par sa soudure au cours de la sixième année, avec la masse apophysaire. Son développement exagéré produit une côte surnuméraire, la septième cervicale. Cette septième côte cervicale était connue depuis la plus haute antiquité; Galien aurait signalé cette anomalie et des auteurs anciens en citent, qui sont des trouvailles d'autopsie: Sue, en 1755 dans les Mémoires à l'Académie royale des Sciences, Chassaignac en 1835, Gruber en 1849, Luschka en 1859. C'est Willhire qui, le premier, en 1860, reconnaît la côte

cervicale sur le vivant; Holmes Coote fit la première intervention chirurgicale dirigée contre elle.

Avec Albrecht et Blanchard nous considérons cette anomalie comme réversive, c'est-à-dire comme rappel de dispositions normales chez certains animaux (poissons et reptiles).

Le plus souvent cette côte surnuméraire ne produit aucun trouble et n'est révélée qu'au cours d'une autopsie, ou d'un examen pratiqué sur le vivant dans un tout autre but. D'autres fois, au contraire, des troubles vasculaires et nerveux, plus ou moins marqués, découlent de l'existence de la côte anormale et obligent le patient à consulter.

Après une description anatomique de la côte cervicale, nous étudierons les troubles cliniques qu'elle occassionne; nous en rapporterons ensuite une observation personnelle due à l'obligeance de M. le professeur Chauvin. Qu'il veuille bien accepter ici tous nos remerciements; il nous a fourni les éléments essentiels de ce travail.

CHAPITRE I

Description anatomique

L'existence de côte cervicale supplémentaire paraît également fréquente dans les deux sexes. Pilling, dans son ouvrage paru en 1894, a noté 130 observations de côte cervicale sur des squelettes; dans 67 p. 100 des cas l'anomalie était bilatérale. Eckstein trouve 25 cas de côte unilatérale sur 35, et, d'après le même auteur, les côtes bilatérales seraient rarement symétriques: 2 fois seulement sur 24 cas. Enfin Kiesman note une plus grande fréquence à gauche.

Ainsi que dans toute anomalie réversive, la côte cervicael peut être complète ou incomplète.

La côte cervicale complète, comme allure générale et comme direction, est semblable aux côtes thoraciques. C'est une lame osseuse à extrémité postérieure articulée avec la septième vertèbre cervicale, et dont l'extrémité antérieure se met en rapport, soit avec le sternum, soit avec la première côte dorsale. Avec le manubrium sternal son union se fait par un ligament ou par un cartilage. Elle peut également s'articuler, ainsi que l'a décrit Reid, avec un gros tubercule placé sur le bord supérieure de la première côte thoracique, en arrière de la gouttière de l'artère sous-clavière; il peut même y avoir, à ce niveau ossification complète et la première côte normale paraît bifurquée en arrière.

La côte cervicale incomplète peut consister en un simple allongement du processus costarius de la septième vertèbre cervicale, que nous avons déjà décrit ; mais Krause refuse de le considérer comme une côte supplémentaire. Elle peut être plus développée et représente alors une lame osseuse, plus ou moins longue ; à extrémité antérieure libre. Dans d'autres cas la côte consiste en deux tronçons, l'un rachidien l'autre sternal, libres entre eux, ou bien réunis l'un à l'autre par un trousseau ligamenteux. Dwight a disséqué un cadavre présentant une septième côte cervicale bilatérale ; celle de droite s'unissait au cartilage sous-jacent et atteignait le sternum ; celle de gauche se confondait avec le cartilage sous-jacent mais n'atteignait pas le sternum.

L'espace intercostal supplémentaire sépare la côte cervicale de la première côte thoracique. Il est rempli par des fibres musculaires répondant à l'intercostal externe et plus rarement aux deux muscles intercostaux.

Dans le cas de côte cervicale courte l'artère sous-clavière passe au devant de celle-ci et repose sur la première côte thoracique. Sur la dissection, citée plus haut, Dwight avait trouvé deux côtes cervicales complètes ; toutes deux présentaient une gouttière pour l'artère sous-clavière ; la droite seule présentait un tubercule pour le scalène antérieur. Ainsi donc, l'artère passe, le plus souvent, au-dessus de la côte supplémentaire, bien rarement au-dessous. Les rapports avec le plexus brachial sont également intéressants à mettre en lumière. Déjà en 1869 Gruber nous décrivait une côte cervicale présentant, à sa face inférieure, la trace de la huitième branche cervicale et de la première dorsale. C'est à Gérard que nous devons les rapports exacts de la tumeur et des troncs nerveux.

Le plexus brachial est formé normalement par les bran-

ches antérieures des quatre dernières paires cervicales, et de la première paire dorsale. Les cinquième et sixième nerfs ne sont en rien influencés par la côte. Il n'en est pas de même des autres branches. Le septième nerf naît au-dessus de la côte supplémentaire glisse sur sa face supérieure pour rejoindre son territoire. Le huitième nerf naît au-dessous de la côte, se dirige en bas, en avant et en dedans, glisse sur le bord interne de la côte en décrivant une courbe et gagne le bord interne de l'apophyse costale. Le premier nerf dorsal naît également au-dessous de la côte, contourne le col pour aller, à la partie interne, rejoindre en haut, en avant et en dedans le huitième cervical. Ces deux nerfs réunis sortent du thorax en décrivant une courbe à concavité inférieure, et vont s'unir d'abord au septième cervical puis au sixième et cinquième pour constituer le plexus brachial.

Les côtes cervicales courtes ne donnent pas lieu, en général, à des troubles, ce sont surtout les longues qui les provoquent. En effet, plus la côte est allongée, plus est diminué l'espace laissé entre elle et la clavicule. Malgré cela les cas chirurgicaux sont rares et sur les 139 cas de Pilling, 3 seulement provoquèrent des troubles.

La tumeur formée par la côte est, à la base du cou, en rapport, d'une part avec les vaisseaux sous-claviers, d'autre part avec les branches du plexus brachial. Elle pourra donc occasionner, et des troubles vasculaires et des troubles nerveux, que nous allons maintenant examiner.

CHAPITRE II

Troubles vasculaires

Les troubles vasculaires se traduisent par des symptômes artériels et des symptômes veineux, que nous étudierons séparément.

L'artère sous-clavière, nous l'avons vu, passe, dans la majorité des cas, au-dessus ou en avant de la côte, suivant qu'il s'agit d'une côte complète ou incomplète. Ce vaisseau est repoussé vers les téguments formant la paroi antérieure du creux sus-claviculaire. C'est la conclusion à laquelle étaient arrivés Halbertsma après quatre observations de côte cervicale courte de 5 centimètres, et, plus tard, Brodier, dans le cas de côte cervicale longue. La palpation de l'artère sera donc plus aisée, à ce niveau, mais en même temps elle sera comprimée par la côte, et, par suite de la projection en avant, elle subira un aplatissement. De cette compression pourront résulter, localement, les signes stéthacoustiques, qui sont observés dans toute compression d'artère: nous voulons parler du souffle et du thrill. La circulation dans cette artère sera évidemment diminuée; d'où affaiblissement du pouls axillaire huméral et radial. Dans un cas signalé par Mouchet, dans la *Revue Neurologique*, la pression artérielle mesurée au Pachon, était, du côté sain de 12,5, et, du côté malade, de 11. Un fait intéressant, déjà signalé par Coote, et qu'O-

live rapporte comme l'ayant trouvé absolument net dans l'observation de son malade, est la variation du pouls avec la position horizontale ou verticale du bras, par suite de l'étirement de l'artère sur la côte dans la deuxième position.

Nous pouvons observer encore une dilatation de l'artère sous-clavière. Cette dilatation, le plus souvent cylindrique, quelquefois fusiforme, se produit en aval du point de compression par la tumeur; elle peut devenir le point de départ d'un anévrysme. Dans la *Presse Médicale* du 20 avril 1921, nous relevons une statistique d'Holsted: sur 525 côtes cervicales qu'il a observées, 106 fois il n'a trouvé aucune lésion artérielle, 27 fois il y avait une dilatation artérielle distale par rapport au point de striction. Leriche en rapporte un cas chez une femme qui, nous le verrons plus loin, présentait, en outre, des crises d'ischémie douloureuses. Halsted, pour expliquer le mécanisme de cette dilatation, le rapproche des résultats qu'il a obtenus par l'occlusion incomplète par bande métallique de l'aorte chez le chien; la réduction du calibre de l'artère au tiers ou au quart produit une dilatation de l'aorte en aval; dans l'occlusion complète il n'y a pas de dilatation. Leriche en explique le mécanisme intime par ce fait que, lorsqu'une artère est en contact avec un plan résistant, il se produit une diminution d'épaisseur de la paroi par disparition des éléments contractiles et élastiques: d'où dilatation se faisant en aval de l'obstacle.

Cooper, Hogdson et Telford ont observé les cas de thrombose de l'artère sous-clavière avec gangrène superficielle et limitée aux doigts. Ces derniers symptômes sont rares et ont pu apparaître plutôt chez des sujets âgés et tarés. Tout au contraire des symptômes légers de gêne circulatoire sont fréquemment observés: pâleur des tégu-

ments, abaissement de la température du bras et de la main, sensation de froid.

Les signes de compression de la veine sous-clavière sont assez rares; l'œdème du membre supérieur a été rarement observé, tout au plus signale-t-on de l'acrocyanose. Cette absence de signes tient, sans doute, aux rapports plus éloignés de la veine avec la tumeur.

CHAPITRE III

Troubles nerveux

Nous avons vu que les dernières branches du plexus brachial, du fait de la côte supplémentaire, sont rejetées en avant et en dedans : à la palpation du creux sus-claviculaire, comme nous l'avons noté sur notre malade, on pourra sentir rouler les cordons nerveux sous les doigts. Très fréquemment, le creux sous-claviculaire est le siège d'une douleur spontanée sourde et continue, tel est encore le cas de notre malade. Parfois, c'est une douleur névralgique avec élancements et irradiations le long du bras. Seitier rapporte l'observation d'une malade présentant dans le cou, à droite, une douleur s'irradiant dans le bras et l'avant-bras.

Moins fréquente est la douleur provoquée au siège de la tumeur : dans le cas qu'il nous a été donné d'observer la tumeur était absolument indolente. Cependant la malade de Sédillot présentait des douleurs irradiées par la pression même légère, mais jamais de douleurs spontanées. Il en est de même du cas, relaté par Olive, du soldat, qui ne souffrait pas tant que son bras était au repos ; la moindre pression, la fatigue, le froid et le mouvement lui font apparaître des douleurs irradiées dans la portion interne du bras, dans l'épaule, le cou et la fosse sus-épineuse.

Leriche cite encore une femme de 34 ans présentant des

crises douloureuses du moignon de l'épaule gauche. Enfin pour achever les symptômes subjectifs, nous ajouterons les fourmillements et les crampes fréquentes au membre supérieur correspondant à la tumeur.

Les symptômes objectifs consistent dans des troubles de la sensibilité, de la motilité et troubles trophiques. Les troubles de la sensibilité peuvent être de l'hypoesthésie ou de l'anesthésie, généralisées à tout le membre, ou bien plus fréquemment localisées à un territoire nerveux, principalement le cubital; cette localisation tient à l'origine réelle de ce nerf: les branches inférieures du plexus brachial; celles-ci sont, nous l'avons vu, les seules touchées par la tumeur. Alors le long du bord interne du bras, de l'avant-bras, la sensibilité à la douleur est diminuée, et, parfois au point qu'une excitation même violente, comme une brûlure, n'est pas perçue La sensibilité tactile varie dans le même sens que la sensibilité à la douleur; elle peut aussi faire défaut. Bernhardt cite une malade présentant une diminution de la sensibilité douloureuse à l'avant-bras et à la main, coexistante avec une sensibilité tactile très amoindrie, qui la rend inapte à accomplir certains travaux fins.

Au point de vue de la motilité on note plus fréquemment que des paralysies, des parésies avec abolition des réflexes radial, tricipital et des atrophies musculaires. La parésie et l'atrophie musculaire sont souvent localisées aux extrémités, pouvant faire croire à une lésion médullaire (atrophie musculaire progressive). Mouchet, A. Benisty et Gaget nous présentent deux malades ayant une atrophie très prononcée de l'éminence thénar gauche (partie externe), avec gêne dans l'opposition, maladresse et raideur dans l'articulation du pouce, mais avec une bonne adduction conservée. Ces malades, surtout la deuxième, ne

présentaient que des troubles vasculaires très légers, ce qui prouve que l'on doit ranger, avec Gartner, ces atrophies musculaires comme des troubles nerveux et non vasculaires.

Les troubles trophiques consistent encore en une éruption vésiculeuse à la peau, ainsi que le note Della Vedova. Schiassi et Putti ont observé des cas d'ulcération des doigts.

Enfin, beaucoup de troubles trophiques signalés ont paru, dans la suite, coïncider avec une évolution ultérieure de maladies des centres nerveux; ce qui diminue leur valeur symptomatique de côte cervicale.

Les troubles sympathiques se manifestent dans certains cas par l'épaississement et l'induration des artères du bras et de l'avant-bras signalés par Wingat Tood; d'après cet auteur, cet état résulterait de la compression des filets vasculaires du sympathique. Plus récemment, Leriche, dans la *Presse Médicale* du 12 mars 1921, nous cite un cas où les troubles sympathiques étaient, d'après lui, manifestes. Il s'agissait d'une femme de 40 ans présentant de l'ischémie de l'auriculaire gauche avec vaso-dilatation intense de retour, et douleur paroxystique. Les douleurs devenaient de plus en plus fréquentes, et l'ischémie se généralisa aux autres doigts. La radiographie démontra l'existence d'une côte cervicale gauche incomplète. L'opération fut décidée: on constata alors que la côte n'était en contact immédiat, ni des nerfs, ni de l'artère. L'artère sous-clavière dilatée était entourée d'une gangue de tissu œdémateux. Les troubles observés n'étaient, donc, pas dus à la compression vasculaire, mais à l'excitation nerveuse des filets sympathiques artériels.

CHAPITRE IV

Scoliose vertébrale

Dans la plupart des observations que nous avons pu lire, nous avons constaté, avec l'anomalie costale, l'existence d'une déformation du rachis. Chez notre malade, la radiographie a décélé une côte cervicale gauche paraissant complète, et une scoliose cervico-dorsale à convexité gauche. Dans l'observation relatée par Leriche, que nous avons citée au précédent chapitre, la femme présentait, avec une côte cervicale gauche bien développée, une scoliose cervicale à convexité gauche. Dans l'observation d'Olive, le malade présentait une côte cervicale bilatérale, mais bien plus développée à droite; présence, également, d'une scoliose à convexité droite comprenant les dernières cervicales et les premières dorsales.

Cette coexistence n'est-elle, simplement, qu'une relation de cause à effet? C'est l'opinion de Garré, de Ranzi, de Meyerrowitz. Garré (de Kœnigsberg), en 1903, notant le premier, sur quatre observations, la présence de la scoliose avec une côte cervicale sur la convexité, vit dans la déformation rachidienne une effet purement mécanique de l'asymétrie osseuse. Telle est également la conviction d'Helbing. C'est une scoliose réflexe produite par des anomalies de position imprimées aux scalènes, aux vaisseaux,

au plexus. Tout au contraire, pour Drehman et Eckstein, cela ne se passerait pas ainsi.

La côte cervicale serait accompagnée, non plus d'une déformation, mais d'une malformation vertébrale, qui serait due à une anomalie de segmentation des protovertèbres. Ils ont relevé des observations de vertèbres ou hémivertèbres supplémentaires capables de produire la scoliose. Dans un cas de Drehman, entre la septième cervicale et la première dorsale, existe une vertèbre intercalaire rudimentaire en forme de coin; sur son côté convexe s'articule une côte cervicale, qui va rejoindre la première côte dorsale. Dans un autre cas, il a trouvé une vertèbre surnuméraire parfaitement développée sur laquelle venait s'articuler la côte.

Tout en admettant la réalité des faits signalés par Drehman et Eckstein, serons-nous aussi exclusifs et nierons-nous la possibilité de déformation consécutive à la tumeur?

Nous nous rangerons à l'opinion de Putti qui établit une différence dans les côtes cervicales. Seules les côtes cervicales complètes et sternalisées sont capables d'entraîner la scoliose.

Nous rentrons ici, dans les cas décrits par M. le professeur Forgue, dans son *Précis de Pathologie externe*, de scoliose statique. En effet, par suite de la gêne produite par la tumeur, volumineuse, à la base du cou, la tête s'incline du côté sain; il se produit une déviation vertébrale, que l'on comprendra d'autant mieux si l'on considère que ces scolioses commencent à se produire chez les adolescents à la période de croissance.

C'est en effet à ce moment là, que la côte, de flexible qu'elle était auparavant, devient rigide et manifeste plus impérieusement sa présence. A cette déviation, qui est le

premier stade, fera suite la déformation vertébrale qui fixera la scoliose.

Il nous semble bien que l'on doit ainsi interpréter le cas de notre malade qui a commencé à ressentir les effets de sa tumeur dans sa vingtième année.

OBSERVATION

(Personnelle)

Due à l'obligeance de M. le Professeur Chauvin

M. A..., ménagère, 32 ans, vient nous consulter le 10 octobre 1921, pour une petite tumeur douloureuse du creux sus-claviculaire gauche.

La malade fait remonter le début de l'état actuel à un traumatisme qu'elle aurait subi, il y a neuf ans: « J'ai reçu, nous dit-elle, à cette époque, un coup violent sur le côté du cou. Par la suite, une tumeur s'est formée et a grossi, dont j'ai commencé à souffrir, il y a huit mois environ ». Lorsqu'on fait préciser les caractères de cette tumeur, au début, on s'aperçoit aisément qu'elle a été découverte au moment des premiers symptômes douloureux vers le mois de janvier 1921 et que son développement progressif depuis le traumatisme est une simple supposition du sujet.

Cette tumeur serait le siège d'une douleur spontanée peu intense, sourde, mais continue: sensation d'endolorissement, de meurtrissure avec poussées plus aiguës, très rares. Jamais d'élancements dans le membre supérieur ni d'irradiations en aucun sens.

Par ailleurs, tous les appareils fonctionnent normalement, l'état général est parfait et l'on ne découvre ni antécédents tuberculeux ni spécifiques.

A l'examen, nous nous trouvons en présence d'une

femme légèrement adipeuse, dont la tête est inclinée nettement sur l'épaule droite.

Le creux sus-claviculaire gauche, déjà à la simple inspection paraît moins déprimé que le droit, et les téguments en sont modifiés par des applications répétées de teinture d'iode. A la palpation, on sent très nettement une tumeur dure, de consistance osseuse, absolument immobile et fixe, de surface régulière et lisse, allongée transversalement, plongeant en dedans vers la colonne cervicale avec laquelle l'épaisseur des parties molles permet mal d'apprécier ses rapports exacts. En dehors, elle disparaît au-dessous de la clavicule où il est impossible de la suivre par la palpation.

Cette tumeur est absolument indolente à la palpation, et au devant d'elle on sent rouler sous le doigt les cordons nerveux libres et mobiles du plexus brachial.

Il n'existe aucune modification du pouls radial qui n'est ni retardé, ni affaibli par rapport à celui du côté droit.

En examinant la malade par derrière, on est immédiatement frappé par l'existence d'une scoliose cervico-dorsale à court rayon et à convexité gauche, qui incline la tête sur l'épaule droite. Lorsqu'on demande au sujet de faire un effort pour se redresser on n'obtient aucune correction de cette courbure, mais une scoliose cervicale haute et de sens opposé, compense d'ailleurs incomplètement la déviation.

Un examen radiographique nous montre que la tumeur perçue à la palpation est en réalité une côte cervicale supplémentaire, côte bien développée, un peu plus grêle que la première côte normale, mais longue, paraissant s'articuler avec cette dernière au voisinage de son extrémité antérieure. En arrière, la côte anormale s'articule avec la partie haute du corps de la septième vertèbre cervicale,

ainsi qu'on le voit nettement sur la radiographie de profil.

Sur une radiographie de face, on apprécie exactement le siège et le degré de la scoliose. Il s'agit d'une incurvation à court rayon convexe à gauche et intéressant la septième cervicale et les six premières dorsales; le sommet de la courbe correspond à la troisième dorsale, sa corde mesure 14 centimètres et sa flèche 2 centimètres sur la radiographie.

Il nous paraît fort difficile de nier, comme le faisait Eckstein, toute relation entre cette scoliose et la présence de la côte supplémentaire.

Lorsque nous exposons ce diagnostic à la malade et que nous lui affirmons qu'il ne s'agit pas, à proprement parler, d'une tumeur, et surtout pas d'une tumeur maligne, elle se déclare rassurée et satisfaite.

Ses douleurs étant en somme très légères, elle refuse un traitement chirurgical que nous ne lui avons, du reste, pas conseillé.

CONCLUSION

I. — La côte cervicale, relativement fréquente, est susceptible d'occasionner des troubles vasculaires assez variés et des troubles nerveux capables d'en imposer pour une affection des centres nerveux.

II. — Quand la côte cervicale est complète, elle est capable, à elle seule, d'entraîner une scoliose cervico-dorsale.

III. — L'existence de troubles vasculaires nerveux et de statique vertébrale, mettront sur la voie du diagnostic qu'une radiographie confirmera.

BIBLIOGRAPHIE

Ager Law. — Formations ligamenteuses cervicales découlant de côtes cervicales. *Annales of surgery,* oct. 1920.

Bernhart. — *Berl. Klin. Woch.,* 1889, n° 4.

Bertin et Tissot. — Un cas de côte cervicale. *Revue d'orthopédie,* juillet 1914.

Billet. — Côte cervicale et anomalies osseuses multiples. *Rev. d'orthopédie,* 1914, n° 5.

Botreau-Roussel. — Côte cervicale double avec troubles circulatoires du m. sup. droit. *Presse médicale,* 3 décembre 1921.

Brichot. — Contribution à l'étude de la septième côte cervicale. *Progrès médical,* 30 avril 1921.

— Côte cervicale avec troubles vasculaires. *Paris médicale,* 7 novembre 1921.

Cervi. — Côte cervicale. Soc. de médecine de Rouen, 20 avril 1914.

Chauvin. — Précis de tératologie, 1920, p. 138.

Church. — Troubles neurologiques et côte cervicale. *Journal of the anor. med. assoc.,* 5 juillet 1919.

Colard. — Côte cervicale supplémentaire. *Le Scalpel,* Bruxelles, 7 mai 1921.

Feil. — L'absence et la diminution des vertèbres cervicales. Th. Paris, 1918-19, n° 212.

Forgue. — Précis de path. externe., t. II, p. 123-124.

Fritz. — Un cas de troubles dus à des côtes cervicales. *Wiener Med. Woch.,* 12 mars 1921.

Gruber. — Ueber die Halsrippen der Munchen. Mém. Ac. des sc. de St-Pétersbourg, 1869.

Helbing. — Rietschriff fur orthop. chir. von Hoffa, Bd. XII, p. 216.

Garré. — Zeit. f. Orthop. chir., 1903, t. XL, p. 49.

Henderson. — 31 cas de côtes cervicales. *Amer. journal of orthop. surgery,* janvier 1914.

Lebouble. — Côtes lombaires et côtes cervicales. Soc. anthropologique, 1912.

Lenormant. — Côtes cervicales supplémentaires. Précis de path. chir. 9 agrégés, t. II, p. 627.

Lesbre. — Les anomalies costo-vertébrales en rapport avec les déf. thoraco-rachid., Th. Lyon, déc. 1913.

Livierato. — Sur les côtes cervicales supplémentaires. *Riforma médica,* 24 avril 1920.

Maget. — Elévation congénitale de l'omoplate due à une côte suppl. Soc. de chirurgie de Paris, 5 déc. 1913, in *Journal de chirurgie,* t. XV, p. 523.

Leriche. — Côte cervicale avec anévrysme. *Presse médicale,* 20 avril 1921.

— Côte cervicale double avec troubles nerveux. *Presse médicale,* 12 mars 1921.

Moreau. — Deux cas de côtes cervic. *Arch. d'électricité médicale et de physiothérapie,* mars 1920.

Mouchet. — Un cas de côte cervicale. *Revue d'orthop.,* 1918, n° 1.

— Benisty (A.) et Gaget. — Deux cas de côtes cervicales chez l'enfant se traduisant par de l'atrophie de l'éminence thénar. Soc. de neurol., 2 juin 1921.

Olive. — Côte cervicale, symptômes et diagnostic. Thèse Toulouse, 1910, n° 869.

Pilling. — Inaug. Dissert. Rostock, 1894.

Postini. — Côte cervicale avec troubles circulatoires. *Lo chir. degli organi del unimento,* déc. 1920.

Poirier. — Anatomie humaine, ostéologie, édition 1893, p. 344-45.

Rauzi (de). — *Wien. Klin. Woch.,* 1903, p. 274.

Reid. — *Journal of anatomy,* 1889.

Sédillot. — Thèse Paris, 1909.

Seitier. — Thèse Paris, 1908.

Suwik. — Côte cervicale bilatérale avec scoliose. Soc. méd. de Varsovie, 13 nov. 1913.

Testut. — Traité d'anatomie humaine, p. 80 et 113.

Trostler. — 65 cas de côte cervical. *Medical record,* 17 sept. 1921.

Wakeleg. — Plaie de l'avant-bras masquant les symptômes d'une côte cervicale. *British journal of surgery,* oct. 1920.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!

En ma qualité de Censeur de tour, j'ai lu la Thèse ayant pour titre :

Contribution à l'étude clinique des Cotes Cervicales supplémentaires.

Par M. Henri Monzat.

Je pense que la Faculté peut en permettre l'impression.

Montpellier, le 18 juillet 1922.

Le Professeur,
FORGUE.

Vu :
Montpellier, le 19 juillet 1922.

Le Doyen :
E. DERRIEN.

Vu et permis d'imprimer.

Montpellier, le 20 juillet 1922.

Le Recteur,
Jules COULET.